

原点に立ち戻る
～ひとりの音楽療法士の立場から～

石原 興子
奈良県立医科大学医学部看護学科

Back to basics
～A message from a music therapist～

Okiko ISHIHARA
Faculty of Nursing, School of Medicine, Nara Medical University

1. はじめに

奈良県立医科大学医学部看護学科で、平成 24 年度より音楽療法 Music Therapy の講義を受け持たせていただいて、3 年目になる。講義はチーム医療論と精神看護学援助論の中で、他種職の一つのアプローチとして音楽療法を紹介している。そこで、ここではひとりの音楽療法士の立場として、この講義を受け持ち感じること、また期待することを、臨床体験を交えながら述べたいと思う。

2. 音楽療法の講義の意義

看護学科での講義や日本の医療現場での音楽療法の認知は比較的新しいように思われるが、音楽療法そのものの歴史は、1940 年代米国に始まる。第二次世界大戦によって、身体だけでなく精神的にも負傷し帰還した兵士のケアに音楽がリハビリテーション的有用性を示されたことが現在の音楽療法の出発点とされている。もっと遡ると音楽の治癒的効果については、旧約聖書の「サムエル記」に、ユダヤの王サウルがダビデの演奏する堅琴を聴いてこころの病から回復したことが記されていることは有名である。現代同様、音楽と人間とのかかわりについては、世界各地、儀式や生活と密着して存在してきたのである。20 世紀前半頃から英国でも障害をもつ人々への援助にも音楽を用い

られようになり、米国や英国を中心に学問的研究や実践報告、大学院課程が創設され、さらなる専門性が深まり、国家資格あるいはその国の公認資格をもつものが従事し、医療の一形態として確立していく (Bunt, 1994)。日本でもその専門職としての必要性は高まり、日本音楽療法学会が中心に身分法制定に向けて努力されている。しかしながら、現在日本では国家資格ないしは国の公認資格にあたらなないので医療現場で保険制度も適応しないこともあり、一般的に専門職としての雇用は個々現場の任意といういまだ厳しい現実がある。この 10 年音楽療法という言葉が一般的に聞かれるようになり医療現場で広がりつつも環境設定や連携・チームの一員としての存在認識は低い状況があるのも事実である。

日本のこのような状況にある音楽療法が看護学科で一講義を受け持つ意義は非常に大きいと思われる。私事、英国の留学を終えてからもう 14 年になるが日本に帰国してこれまでの経験からも、まず前提であるチーム医療の一員として認めてもらえるまでに時間がかかった。始めはチームカンファレンスにも参加させてもらえず、日本での音楽療法の立場は非常に孤独だと感じる経験も少なくない。一人の患者さんを支える連携体制は情報を共有することによって治療の質を高める。よって、このようにチーム医

療の一つとして、講義の中で音楽療法を紹介できることは、将来の音楽療法界にも役割を果たしていると言える。

一方、そのためにも、音楽療法の専門性を高める研究や研修も非常に重要である。日本では学会認定士資格体制を整え音楽療法専攻の指定大学機関が設けられ、教育が進んできているが、医師や看護師など他種職から理解されるという点では十分と言えない。そういう意味では、実証研究や質的研究も求められている。一方、すぐに医療現場に巣立っていかれる看護師をめざす学生への教育と彼らからの理解は、臨床現場での音楽療法への理解に繋がる早道と思われる。それは、やはり患者さんに対して、多様で多角的な視点の支援の選択肢を広げるからである。交流媒体として言語をもっていれば、日常では非言語的ツールによって伝える意味をなかなか感じにくいものである。精神看護では、音や音楽を通じて人との交流することは、非言語的な交流の媒体の一つとしてありうる、また言葉では表しえない原初的な人の感情を表現する一方法として音楽を活用できることを知ってもらうことも狙いにもっている。

よって、看護学科で、音楽療法の根源を伝えられることは、意義深いことである。

3. 原点に立ち戻る

これまで、初めて音楽療法を紹介する場で、「音楽療法は何か？」と問われる。しかし、常にしてきた問いかけは「音楽療法士として一体何ができるのか？」ということである。この問いかけは、常に自分を原点に立ち戻らせる。臨床現場では、学生の時に学んだことが全く通用しない現実にもぶつかる。それは、当然、向き合うのは生きている人であるから、病状や一人ひとりの文化的背景、現場の環境は違う。現実的に患者さんに向き合い応えるためには柔軟性や創造性も求められるが、療法士として堅固たる強さ Firm も求められる。それは患者さんを受容

する「器 Container」 (Bion, 1984) となり、患者さんの安全・安心な環境を守る基本姿勢でもある。困難に立ち向かうとき、多様な方向性に迷うとき、やはり原点に立ち戻ることの大切さを様々な臨床経験で感じてきた。それは自身にとっては、英国での音楽療法士のトレーニングを受けた経験である。その学んだ基礎が原動力となり、それに支えられている。素晴らしい感動的な体験ということだけでなく、苦労や苦悩、劇的な遭遇等、きっと誰もが「今」を支える情動的経験をもっているであろうが、現学生にも、原動力になるような体感をして欲しいと願う。

ここで、臨床事例を交えて、英国での音楽療法士としての体験を紹介したいと思う。これら事例は、音楽療法の有効な結果を示す事例とは言えない。むしろ、たった数回に及ぶ事例としては、紹介することがなかった事例である。しかし、これは臨床現場であれば日々理解できる現実、考えさせる余地を残して今なお立ち戻る事例でもある。ここで、一つのストーリーとして紹介したい。

4. 英国での体験：J とのストーリー

英国には、国が定めた音楽療法の大学院課程が 7 大学ある。これらの大学院で、まず専修課程 Postgraduate Diploma を修了すると、国の公認資格が与えられる。学内での講義以外に、年間通して週一回、病院や施設、学校等の現場臨床が必修である。通常、各学期事に、外部審査員の前での臨床発表と口答試験が行われ、合格できなければ在籍は許されない。常に皆学生には緊張感があつた。臨床現場での事例は現場での指導だけでなく、次の日の学内講義のセミナーで、録音や画像と共に各自発表と討議を密に行う。ロンドン London 市内にあるギルドホール音楽演劇大学院 Guildhall School of Music and Drama の研修生として、2 期目からは、週一回 12 週間以上の個人臨床実践のため、ロンドンにある NHS

(National Health Services) 精神病院に配属された。その地域の拠点病院でもあった。実習は始発列車で片道 3 時間の郊外へ行くこともあることを思えば、ロンドン市内は地下鉄が便利で、最寄りの地下鉄駅から近い病院だった。しかし周辺は治安が良いといえない場所もあり、1月～3月の冬期は、15時をすぎるとすでに真っ暗という状況で、病院研修の日は特に緊張感をもって通っていた記憶がある。院内には療法科 Therapy Department があり、音楽療法 Music therapy はそこに属し、その棟に、臨床心理 Psychotherapy、言語聴覚療法 Speech Language Therapy、芸術療法 Art Therapy、演劇療法 Drama Therapy、作業療法 Occupational Therapy、理学療法 Physiotherapy があった。すべて NHS の国民医療制度で、つまり治療費は税金で払われている分、患者は窓口治療費の個人負担はなく、受けることができる。その当時で、音楽療法だけでも常勤・非常勤あわせて 8 人の音楽療法士が働いていて、院内で精神、発達障害や高齢者ケアに携わっていた。病院は、1980 年始めに出来、決して新しい建物であるのに、その棟の中には、絨毯張りの 24 畳ほどのセキュリティーシステム、録音システムをもった防音室に、2 台のピアノ Piano にドラム Drums など専門的な打楽器類が豊富にセットしてある落ち着いた雰囲気音楽療法室があるという恵まれた環境であった。

そこで入院患者さん J が音楽療法の個人の担当する患者さんだとわかった。現場でのスーパーバイザー Supervisor (実習先での指導教官) に連れられて、初めて急性期病棟に入ったときは、鍵がロックされた室内で大柄の黒人男性患者さん数人がガラスドアを激しく叩いて出たがっていたのを見て、心臓がドキドキしたのを今でも鮮明に覚えている。「ゆっくりカルテを読んだらよいよ。」と、その患者さんの 10cm 程の分厚いファイルを超バイザーから手渡さ

れ、発病からこの病院に搬送されてくるまでのすべての記録が綴った書類を慎重に読んだことも記憶に残る。J は 17 歳男性。その 2 年前に、統合失調症の診断をうけて、警察病院からこの病院に搬送されてきたのだった。彼はガーナ Ghana で生まれ、幼少は 12 歳までそこで育った。父は分からず、母親は生後すぐにロンドンに仕事を得るため移民したので祖母に育てられた。12 歳の時、母のいるロンドンに渡英してきたが、すでに母には新しい家族がいて、義父と 4 歳下の妹と共に暮らし始める。そこでの暮らしは、常に問題があった。学校ではいじめに遭い、父から精神的・身体的虐待を受け、幻覚症状が現れてきたのだった。診断を受けた後は、里親制度 Foster Parents の元で 8 カ月暮らす。そこでも関係が上手くいかず、症状は悪化する。その時から、薬物治療を拒否し、暴言や独語が増し、衛生状態も悪く引きこもり、警察に保護される。

J は、11 カ月前この病院にきてから作業療法のほか、グループ音楽療法をうけていた。症状は落ち着いてきていたが、アセスメントを経て、彼は自ら話をするのがなく退院に向けて意欲を高める必要があるため、個人音楽療法に薦められた。音楽療法を実施する 1 週間前に J と彼の母親と面談をとった。彼は、無口でとても穏やかな青年の印象であったが、表情は硬かった。

週一回 45 分間の音楽療法の開始日時、期間は 12 週間と設定された。

(1 回目) 音楽療法は楽しみにしている様子があるという報告を受け、その回に臨んだ。彼は、静かに入室し、無言で、まず音域の違うスタンドについた 4 つの木魚を鳴らした。その後、設置されている打楽器、ボンゴ Bongo、ベル Bell、シロフォン (木琴) Xylophone やピアノの前に順番に座り、演奏しては止めて、静かにまた次へと一つずつ移動し演奏し始めた。一切話もせず、目を合わせることもなく、うつむいていたが、

どの楽器にも、興味を示し、その音を探索しているように弾いた。療法士は、少し離れた向かいあえる位置から即興で違う楽器で、静かにメロディを付けたり、リズムを変えたりして変化をつけながら演奏してみた。しかし、彼の音楽は、療法士の音を全く受け入れようとせず、音楽として交わるための隙間もなく、彼の音楽との繋がりを見つけるのは非常に困難だった。」と療法士との音楽には距離があり、それは不安感を感じさせるものだった。彼には、どの楽器を演奏しても、一つのパターンがあった。8/5 拍子のリズム (♪♪♪♪♪♪) の繰り返しであった。例えば、音域のあるシロフォンで、音階を順番に低音から高音域にこのリズムで上行し又下行する。表現の変化に乏しく、自由や強弱もないただエネルギーのない音で、淡々と自分のテンポで繰り返すだけであった。その彼の表現された音楽には、セラピストの音の存在を感じられるものはなかった。しかし、最後にただ一つ、J が話したのは、「もうすぐ退院したらカレッジ College (職業訓練学校) に行けるかもしれない。」と言ったのだ。そして、「楽しみである。」と気持ちを述べた。今の彼にとって、これが希望かもしれないということを療法士はすぐ悟った。

(2 回目) J はとても楽しみにしている様子でにこやかな表情で入ってきた。すぐに、ボンゴを弾き始めた。しかしながら、前回と同じリズムパターンを延々と繰り返した。それは、楽器を変えても同じであった。突然、途中演奏を止め、彼は話し始めた。それは、カレッジについてであった。彼は、カレッジに行き始めたら、音楽療法の時間と重なるかもしれないと心配していたのだ。療法士はカレッジに行くことに対しての気持ちについて問うた。J は、「わくわくしている・・・学ぶこと・・・今のように・・・なぜなら、学んでいる」と切れ切れに、そして、ゆっくりたどたどしく考えながら言葉を選

んだ。その後、続いて、「もし、学んだら、資格が得られるかもしれないし、良い仕事も得られるかもしれない。」と話した。直後、即興での演奏を続けたが、彼の音楽は決してわくわくした感じの音楽ではなかった。療法士は同じパターンに、リズムや調など音楽の要素を変化させ、彼の音に調律してみたが、彼の音は決して療法士の音と共鳴しあわなかった。再び、J は早朝 8 時前に音楽療法に来ることは可能かどうか尋ねてきた。これは療法の枠を超えようとする挑戦でもあった。療法士は、<もし、音楽療法とカレッジが両方同じ時間でどちらか一方選ばなければいけないとしたら、どう感じますか？>と尋ねた。彼は「カレッジに行きたい。」、そして「これはただの音楽だ。」と答えた。この言葉は、カレッジへ行くことは彼の明確な意志を示すものであり、それをここで言語表現できたことは、自分の感情を確認する機会になった。そして J にとってまだ音楽療法は意味をもっていないことを示すものでもあった。しかしながら、J は私に尋ねた。「もし、ぼくがここに来なかったら、あなたはがっかりする？」これは、音楽療法で J が初めて療法士の感情、つまり他者の感情を創造して話す場面であった。療法士と J という同じ異邦人として、おそらく決して流暢と言えない会話の中にもごく自然な交流の兆しがみえてきた。

しかし、この後、思わぬ現実と向き合うことになったのだ。この 2 回目の直後、J の回復の診断により退院が決定になった。同時に、彼はすぐにカレッジへ通うことになり、音楽療法も打ち切られることになったのだ。J は音楽療法とカレッジを両方選択できない現実と向き合うことになった。病院の了承のもと、カレッジを優先し異例に通常の時間を変更して最終回のみ実施することになった。J はこの事について病院から説明を受け、最終回は自宅からきた。

(3 回目) 最終回。J はこの回で様々な変

化を見せた。

J はとても幸せそうな笑顔で部屋に入ってきた。彼は演奏する前に、わくわくした様子でカレッジでの様子を療法士に話した。その後、彼はボンゴでいつものパターンのリズムを演奏し始めた。しかし、これまでとは確かに違った。なぜなら、演奏しながら顔をあげ、時折私のほうを見たのだ。彼のリズムに、時折、療法士が繋がる音の「間(ま)」を感じた。その演奏後、療法士は現状を説明したうえで、J の音楽療法はこの回で最終回になることを告げた。J は「わかっている。しかし、多分… (沈黙) …がっかりした。でも、大丈夫。」と療法士に微笑んだ。そして、「でも、がっかりした気持ちを演奏したくない。」と言った。療法士は、＜J の将来のための曲＞をテーマに即興演奏すること提案した。彼はメタロフォン (鉄琴) Metallophone を選んで演奏した。J が黒鍵と白鍵をただ繰り返すばらばらな断片的な音に、療法士は安定的な和音をピアノで付け加え弾いた。その曲の後、突然、自ら J は自分の将来について語り始めた。「カレッジをでた後は、仕事を得たい。そして、お金を稼ぎたい。そして、そのお金で家を買って、子どもも欲しい。僕は、もし子どもをもったら、確かに子どもの世話をするよ。… (沈黙) …だって、時々いるだろう…父親を知らない子。だから、僕はそうしたいし、子どもを学校にも行かせてやりたいんだ。」と。J の彼自身の語りは、療法士に胸が詰まるような痛々しい感情を引き起こさせた。そして、最後にもう一曲演奏した。J はシロフォンを弾き始め、療法士は音程の違うドラムセットを弾いた。J は同じリズムを繰り返したが、初めて安定的な 4/3 拍子の中で、8 分音符を連打した。療法士は同じ 3 拍子の J のリズムを模倣し返し始めると、驚いたことに、療法士と音の交互作用 Turn taking が起った。明らかに、この交互作用の中で、J は療法士の音を聴いて自分の音を鳴らすタイミングを待っているのが、療法士にはわ

かった。療法士は、J のリズムを受けて、ドラムの 3 つの音程を使ってリズムを変化させていった。瞬時にその音楽は楽しさと表現の広がりをもった。まさに、この音の交互作用、音楽的対話を感じた時であった。その瞬間、J は何度も療法士とアイコンタクトを交わしていた。その後、徐々にその拍子は、いつもの 8/5 拍子に移行していった。療法士は、スタンドシンバルの伸びるペダル音で、ビートがどこかきこなくなるのを、支えた。このリズムの交互作用はしばらく続いた。J がこれまでこんなに一つの演奏に長く集中したこともなかった。しかし、この 5 拍子という変拍子はリズムに乗れると面白みがあるのだが、やはりどこか割り切れない不安定さを感じさせた。これは、彼の持つ不安定さを表現し、まだ不安定さに援助を必要としていることを表現しているかのようにも聴こえた。しかし、J は笑顔で、部屋を何度も振り返り療法士に手を振って、病院の外へ向かって帰って行った。

たった 3 回での音楽療法は効果的であったと示すものでないであろう。しかし、このわずか 3 回の音楽療法の中で、J の成長と変化の過程を観ることができた。音楽という J には負荷がかからない環境設定の中で、自己感情を言語化し表現できたことはプラスであった。そして彼のまだ残された課題や不安がある点に対しては、退院後も支援が必要であるという評価を残した。療法士は研修生として 12 週間以上通しての患者さんの臨床を受け持つという課題が行えなくなったしまった療法士自身の不安と、経過途中で中止という突然の現実、を受け止めなければならなかった。しかし、J が退院し、希望をもって社会復帰していく姿を見送ることができた体験は貴重であった。そして、これが起り得る臨床の現実だということも学んだ。

5. ホスピス現場での出会い

日本でホスピスでの仕事は、特に環境へ

の適応力とチーム連携力を問われた現場であった。緩和ケアでがん末期の患者さんとの臨床経験はそれまでの概念を覆した。先に述べた「音楽療法士として、人の最期に、何ができるのか？」といつも自問していた。次の回までに出会えない患者さんも多く、無力感について考えることも多かった。

ある日、ひとりの看護師さんが、「患者 A さんが何か口ごもりながら歌を歌っているような感じにも聴こえるのだが、話しかけても話ををされないのだからわからない。何かわかるかとも思い、ぜひ音楽療法をお願いしたい。」と依頼があった。その看護師さんの立会いのもと、電子ピアノを運んで、病室に入った。ベッドに寝たきりの状態で、問いかけにかすかに目を開け、確かに薄ら声を出された。耳を近づけてよく聞くと「青葉茂れる桜井の」の曲の初めのフレーズに似ていた。もしやと思い、その呼吸に合わせながら小さい声で静かに療法士も歌ってみた。すると、頷かれて、涙をうっすら浮かべられた。きっとこの曲を歌われていたのかも、と療法士がピアノで演奏してみた。すると、表情が変わり、一緒に声を出して一部分の旋律を明瞭に歌われた。療法士も看護師さんもその瞬間思わず顔を見合わせ、その反応に驚いた。A さんが歌い終わった瞬間笑みを浮かべ、かすかな声で「もっと生きたい」と、涙を流されたのである。患者 A さんが表現された一言は重く、胸詰まるように熱く感じたことは今でも忘れられない。結局、その後 1 回の音楽療法になってしまった。最後見送ることができなかった療法士に、看護師さんは、「最後まで<生きたい>という強い気持ちを持ち続けられた。それを表現されたのはあの瞬間がきっかけだった。」と語った。

ホスピスでの経験は、「その時その瞬間」一期一会の心で臨み、医療チームの一員として患者さんとそのご家族の気持ちに寄り添うことの大切さを教えられた日々であった。

その場その時人との交流の中で生まれる「生」の音楽は、「今を生きている」大切な時間・瞬間に意味をもたらしてくれる。患者さんの日常を支えている看護師さんの見解や情報共有は重要であり、療法士と患者さんの架け橋となる不可欠な存在であった。

6. おわりに

この個人的臨床体験が、音楽療法の有効性を示すか否かよりむしろ、人との交流する手段を開ざされた方々や言語化することに不安を感じる方々にとって、音や音楽が言葉のようにいやそれ以上の「語る力」になるかもしれない、という事を伝えることができていると思う。また、ひとりの音楽療法士として、日本の医療の中で音楽療法という職種の認識と理解が広がり、ひとりでも患者さんの支援の選択肢の枠が広がることに繋がることを願う。まさに、たんぽぽの綿毛のように飛び立ち、看護学科での学びが臨床現場へ種を蒔いてくれることを期待したいと思う。

最後に、看護学科で音楽療法の講義にあたり、飯田順三教授、軸丸清子学科長をはじめ先生方の看護教育へ対する献身的な熱い思いとご理解、学科からの多大なご協力があるからこそであり、ここで心から感謝申し上げます。

引用・参考文献

- Bion W. R. (1984): Learning from Experience. Karnac Books. London.
- Bunt L. (1994): Music Therapy - An Art Beyond Words. Routledge. London.
- ウィルフレッド・ルプレヒト・ビオン著. 福本修訳. (1999): 精神分析の方法 I-セブン-サーヴァンツ. りぶらりあ選書. 5-116.